

1. Documentación oficial. Marcar y anexas copia electrónica de todos los documentos con los que cuente.

Credencial del estudiante	Credencial de elector	Acta de nacimiento	Recibo de luz	Recibo de agua	Recibo de gas	Recibo de teléfono (doméstico o celular)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Información de la persona solicitante.

Nombre(s): Primer Apellido:

Segundo Apellido: Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento: CURP:

Domicilio:

Calle: No. Ext e int.: Colonia:

C.P.: Alcaldía o municipio: Ciudad:

Estado Civil:

Soltera	<input type="checkbox"/>	Concubinato	<input type="checkbox"/>
Casada	<input type="checkbox"/>	Separada	<input type="checkbox"/>
Viuda	<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder	<input type="checkbox"/>
Divorciada	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Ocupación:

Estudiante	<input type="checkbox"/>	Agricultora	<input type="checkbox"/>
Hogar	<input type="checkbox"/>	Ganadera	<input type="checkbox"/>
Empleada	<input type="checkbox"/>	Jornalera	<input type="checkbox"/>
Obrera	<input type="checkbox"/>	Eventual	<input type="checkbox"/>
Profesionista	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

Vivienda (incluir fotografías):

Características de la casa	El piso es		El techo es		
1 Planta	<input type="checkbox"/>	Tierra	<input type="checkbox"/>	Ladrillo	<input type="checkbox"/>
2 Plantas	<input type="checkbox"/>	Cemento	<input type="checkbox"/>	Concreto	<input type="checkbox"/>
Sala	<input type="checkbox"/>	Vitropiso	<input type="checkbox"/>	Lámina	<input type="checkbox"/>
Comedor	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	Cartón	<input type="checkbox"/>
Cocina	<input type="checkbox"/>			Otro	<input type="checkbox"/>
Número de recámaras	<input type="checkbox"/>	El automóvil es:		Combustible usado en casa	
Número de baños	<input type="checkbox"/>	Propio	<input type="checkbox"/>	Gas	<input type="checkbox"/>
Patio	<input type="checkbox"/>	Prestado	<input type="checkbox"/>	Petróleo	<input type="checkbox"/>
Cochera	<input type="checkbox"/>	No tiene	<input type="checkbox"/>	Leña o carbón	<input type="checkbox"/>
Tinaco o aljibe	<input type="checkbox"/>			Otro	<input type="checkbox"/>

Su casa es		¿Cuenta con los siguientes servicios?		Televisión	<input type="checkbox"/>
Propia, pagada y escriturada	<input type="checkbox"/>	Energía eléctrica	<input type="checkbox"/>	Teléfono fijo	<input type="checkbox"/>
Propia pagada y sin escritura	<input type="checkbox"/>	Drenaje	<input type="checkbox"/>	Teléfono celular	<input type="checkbox"/>
Propia y la están pagando	<input type="checkbox"/>	Agua potable	<input type="checkbox"/>	Horno de microondas	<input type="checkbox"/>
Propia irregular	<input type="checkbox"/>	Gas natural	<input type="checkbox"/>	Radio o estéreo	<input type="checkbox"/>
Rentada o alquilada	<input type="checkbox"/>	Gas butano	<input type="checkbox"/>	Lavadora de ropa	<input type="checkbox"/>
Prestada	<input type="checkbox"/>	Secadora de ropa	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>
Vive con un familiar	<input type="checkbox"/>	Refrigerador	<input type="checkbox"/>	Computadora	<input type="checkbox"/>

3. Integrantes del hogar e ingresos económicos (Incluir tu ingreso económico)

Nombre completo	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Ingreso mensual
Total de ingreso familiar					

4. Gasto mensual familiar

Renta	\$	Alimentación	\$	Transporte	\$	Ropa y Calzado	\$
Agua	\$	Electricidad	\$	Gas	\$	Predial	\$
Combustible	\$	Teléfono Celular I	\$	Educación	\$	Gastos médicos y medicamentos	
Diversión	\$	Internet	\$	Otros	\$		

Total gasto mensual
\$

5. Servicios que hay en la comunidad donde vive

Escuela	<input type="checkbox"/>	Centro de salud	<input type="checkbox"/>	Pavimento	<input type="checkbox"/>	Alumbrado Público	<input type="checkbox"/>	Teléfono	<input type="checkbox"/>	Transporte público	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------------------	--------------------------	----------	--------------------------	--------------------	--------------------------

6. Servicios de salud

Cuenta con servicio de:

IMSS <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	INSABI <input type="radio"/>	Particular <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>
----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------------	----------------------------

7. Algún miembro de la familia padece de alguna enfermedad o discapacidad:

Nombre del familiar	Padecimiento

8. Becas previas

¿Ha sido receptora de alguna beca o apoyo para estudios académicos previamente?

Si, especifique: No

¿Cuenta actualmente con alguna beca o apoyo para estudios académicos?

Si, especifique: No

¿Cuánto es el monto de la beca que recibe?

Especifique: No

Manifiesto que yo, de voluntad propia he incluido en el presente documento la información aquí presentada, y que la misma es completamente verdadera, por ende, acepto toda consecuencia que de ella derive.

T.S. PAOLA CHARIGLIONI MONTOYA

TRABAJADORA SOCIAL

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Ciudad , a de del año 20